DISSERTATION

N°. 153.

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES,

PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR EMMANUEL DESBREST, de Cusset,

Département de l'Allier.

De tous les accidens qui peuvent survenir aux femmes enceintes, il n'en est pas de plus formidable qu'une abondante hémorrhagie de l'utérus qui s'annonce vers la fin de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement.

RIGBY.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Président.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau, *Examinateur.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy, *Suppléant.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

Il ne me reste que des pleurs à donner à sa mémoire.

A MA MÈRE.

Ma reconnaissance n'égalera jamais sa bonté.

A MONSIEUR DESBREST-DELISLE,

Docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, Propiétaire et Directeur des eaux minérales de Châteldon.

O vous qui guidâtes mes premiers pas dans la carrière de la médecine, et dont les sages conseils doivent me servir de flambeaux dans la pratique d'un art aussi difficile, recevez ce faible témoignage de ma reconnaissance.

E. DESBREST.

DISSERTATION

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES,

PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

On doit entendre par hémorrhagie utérine ou *métrorrhagie* tout écoulement immodéré de sang hors des vaisseaux utérins et placentaires. Quelques auteurs pensent que la rupture du cordon ombilical, pendant l'accouchement, peut donner lieu à une hémorrhagie interne des plus graves.

L'hémorrhagie utérine a été distinguée en *interne*, *latente* ou *cachée*, et en *externe* ou *apparente*.

Dans l'*hémorrhagie externe*, le sang sort des parties génitales à mesure qu'il y est versé par les bouches vasculaires. Dans l'*hémorrhagie interne*, le sang est retenu dans l'utérus et ne s'échappe point au dehors; il peut être placé entre les enveloppes du fœtus et les parois de la matrice, ou dans l'intérieur des membranes. L'hémorrhagie interne se manifeste aussi quelquefois après l'accouchement.

Toutes ces pertes peuvent avoir lieu dans le courant de la grossesse,

au moment même de l'accouchement, après la sortie de l'enfant, soit avant, soit après la sortie de l'arrière-faix.

Dans cette dissertation nous ne traiterons que des hémorrhagies qui surviennent pendant et après l'accouchement.

Parmi les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail de l'accouchement, nous ne parlerons que de celle qui résulte de l'implantation du placenta sur le col ou aux environs du col de l'utérus ; car la métrorrhagie, qui reconnaît pour cause immédiate le décollement du placenta, lorsque ce corps vasculaire s'insère loin de l'orifice de la matrice, est beaucoup moins fréquente qu'on se l'est imaginé jusqu'à ce jour. Madame *Lachapelle* va même jusqu'à dire que l'hémorrhagie utérine qui survient dans les trois derniers mois de la gestation ne reconnaît pas d'autre cause que celle qui résulte de l'implantation du placenta sur l'orifice, ou aux environs de l'orifice de la matrice.

L'hémorrhagie utérine déterminée par la rupture des vaisseaux ombilicaux doit être extrêmement rare. Beaucoup d'auteurs ont peine à croire à la possibilité d'une semblable hémorrhagie. D'après MM. *Capuron*, *Velpeau*, et mesdames *Boivin* et *Lachapelle*, les observations sur lesquelles on se fonde pour l'admettre ne sont, on doit le dire, rien moins que concluantes. Quoi qu'il en soit, *Delamotte*, *Levret* et *Baudelocque* rapportent quelques exemples qui paraissent l'établir d'une manière incontestable. M. *Desormeaux* semble pencher pour l'opinion de ces derniers auteurs, et regarde comme possible cette hémorrhagie.

Entre des autorités aussi imposantes que celles que je viens de citer, il est difficile d'établir son opinion : je dois dire seulement que ces prétendues ruptures du cordon ombilical ne peuvent être qu'excessivement rares, puisque dans la longue pratique de M. *Capuron* et de beaucoup d'autres accoucheurs justement célèbres, aucun fait de ce genre ne s'est offert à leur observation.

Je ne parlerai point non plus de l'hémorrhagie qui est produite par le renversement ou la rupture de la matrice, ou par la déchirure, soit des lèvres de son orifice, soit des parois du vagin : il faudrait

consacrer un article particulier à cette description, ce qui m'entraînerait hors des limites que je me suis tracées dans cette thèse.

De l'hémorrhagie pendant le travail de l'accouchement, déterminée par l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice.

L'implantation du placenta sur le col de l'utérus est de toutes les causes celle qui donne le plus fréquemment lieu à l'hémorrhagie utérine. Cette complication, pendant le travail de l'accouchement, mettant très-souvent la vie de la mère et de l'enfant en danger, il nous semble convenable de nous y arrêter d'une manière exclusive.

Quoique la plus rare de toutes les adhérences que le placenta puisse contracter dans l'intérieur de l'utérus, on la rencontre cependant quelquefois. Les auteurs anciens pensaient que le placenta n'adhérait point au col depuis le commencement de la gestation, ils croyaient, au contraire, que ce corps spongieux fixé au fond de l'utérus, venant à se détacher par une cause quelconque, tombait sur l'orifice du col, et y prenait adhérence au moyen du sang coagulé. Ce n'est que depuis *Levret* qu'on a acquis une connaissance positive de cette implantation.

Dans ce cas l'insertion peut être centrale, c'est-à-dire que le centre du placenta répond à l'orifice même de l'utérus; elle peut être aussi latérale ou partielle, une portion seulement plus ou moins grande du placenta correspondant alors à l'orifice. On ignore entièrement les causes de cette implantation. Toutes celles qui ont été énoncées comme provenant du relâchement de l'utérus, soit naturel, soit accidentel, de la mauvaise situation de la femme, de la station sur les pieds ou sur le siége immédiatement après la conception, sont plus ou moins hypothétiques.

Cette hémorrhagie est généralement externe.

On divise les causes en *prédisposantes* et *efficientes*. L'implantation du placenta sur le col de l'utérus ou aux environs de cet orifice est considérée comme *cause prédisposante*.

La *cause efficiente*, ce sont les contractions utérines.

Pendant le travail de l'enfantement, la dilatation des parois du col se fait plus ou moins rapidement, la face utérine du placenta est tiraillée, elle se décolle, et il en résulte souvent une hémorrhagie abondante. La dilatation du col ne peut se faire sans rompre les adhérences, et plus le col se dilatera, plus la perte sera considérable.

Diagnostic. Les signes auxquels on reconnaît la perte provenant de l'implantation du placenta sur le col de l'utérus ne sont point équivoques, et on ne saurait confondre l'hémorrhagie avec ce qu'on nomme vulgairement glaires sanguinolentes. Cette perte se distingue des autres en ce que, durant le travail, le sang s'échappe surtout pendant les contractions de la matrice, et non dans leur intervalle, comme dans les autres espèces d'hémorrhagies utérines ; mais s'il importe de lever les doutes à cet égard, on a recours au toucher; et si le placenta est greffé sur le col de l'utérus, on trouve alors l'orifice plus ou moins dilaté, et on sent à la place des membranes un corps mou et spongieux engagé dans la partie supérieure, ou aux environs du col. Il faut néanmoins éviter de prendre un caillot sanguin pour le placenta lui-même, et se rappeler que cette exploration est susceptible de provoquer l'hémorrhagie, en détruisant les concrétions à l'aide desquelles la nature est parvenue à la suspendre; on doit donc se garder de la pratiquer trop légèrement. Les circonstances antécédentes peuvent servir à éclairer le diagnostic : c'est ainsi qu'une hémorrhagie qui serait survenue quelque temps avant l'accouchement devrait donner l'éveil à l'accoucheur, qui chercherait alors à établir son jugement par le toucher.

Prognostic. L'hémorrhagie utérine est d'autant plus grave et plus dangereuse, que le placenta s'insère centre pour centre sur le col utérin; et elle est d'autant plus redoutable qu'il s'est écoulé plus de sang dans un temps donné : elle peut être si abondante et si rapide

que la femme en soit, pour ainsi dire, foudroyée. Les dangers varient encore selon l'âge, la force du sujet, les maladies antérieures et l'habileté de l'accoucheur qui prescrit les secours.

L'hémorrhagie, au contraire, sera d'autant moins grave que le placenta sera plus éloigné de l'orifice de la matrice, que la femme aura perdu moins de sang, et qu'elle sera dans des conditions plus favorable pour résister à cette perte.

Lorsque le sang a jailli avec violence, si les douleurs de l'enfantement viennent à languir, si le visage pâlit et s'altère, si la vue s'obscurcit, si le pouls est petit, concentré, comme vermiculaire, si l'on voit survenir des syncopes et des convulsions, la femme alors est épuisée, et il ne lui reste plus qu'un souffle de vie.

Traitement. Les auteurs qui ont écrit sur les pertes utérines ont beaucoup varié d'opinion sur le traitement qu'il convient de mettre en usage dans de pareilles circonstances, ou plutôt sur le temps où il est convenable de mettre la main à l'œuvre. Nous pensons que la conduite à tenir varie suivant l'intensité de la perte, suivant le degré de dilatation du col ou son occlusion entière, et selon que le placenta ne recouvre qu'une portion de l'orifice, ou qu'il y est implanté centre pour centre.

L'hémorrhagie est-elle légère, on prescrit, comme dans les pertes ordinaires, le repos, la situation horizontale ; on a soin d'entretenir un air frais dans l'appartement de la malade ; on prescrit des boissons acidules et des applications réfrigérantes sur l'hypogastre, les cuisses, etc. La femme est-elle pléthorique et sanguine, il faut la saigner, disent quelques auteurs. Nous regardons la saignée comme dangereuse dans les pertes utérines qui résultent de l'implantation du placenta sur l'orifice ou aux environs de l'orifice de la matrice ; en conséquence, nous pensons que ce moyen doit être rejeté. On administre les antispasmodiques, lorsque des symptômes nerveux apparaissent : l'opium et ses diverses préparations, l'acétate de plomb et la digital

pourprée ont été préconisés par plusieurs médecins anglais; mais ces divers moyens sont rarement usités en France.

Rigby ne veut point que l'on confie l'accouchement aux seules forces de la nature, lors même que la perte est très-peu abondante. Il recommande de faire l'extraction de l'enfant aussitôt que l'on reconnaît que le placenta est inséré sur le col de l'utérus. Cet auteur blâme fortement l'emploi du tampon pour arrêter de semblables métrorrhagies. Nous croyons, au contraire, qu'il est sage de ne point faire la version lorsque la perte est fort légère, et qu'on ne doit tenter ce moyen que lorsque l'hémorrhagie est assez grave ou peut le devenir pour compromettre les jours de la femme et de son enfant. Il faut en outre que le col de l'utérus soit assez dilaté ou assez dilatable pour permettre l'introduction de la main dans la cavité de la matrice.

Lorsque l'hémorrhagie devient inquiétante, que la femme s'affaiblit, que les douleurs languissent, que le col est encore dur et serré, et que le centre du placenta répond à celui de l'orifice, l'emploi du tampon devient nécessaire, l'accouchement forcé n'étant alors point praticable. Dans ce cas, il n'y a pas de crainte à avoir sur un épanchement interne. Le tampon déterminant la formation d'un caillot adhérent au placenta, l'hémorrhagie peut s'arrêter; mais elle se renouvellera bientôt, lorsque les contractions utérines recommenceront et augmenteront la dilatation du col, surtout si l'on ne proportionne la grosseur du tampon à l'ouverture progressive de l'orifice.

Lorsqu'on se décide à faire le tamponnement, on doit agir de la manière suivante : on introduit dans le vagin, jusqu'à l'orifice du col de l'utérus, le milieu d'une grande compresse carrée, dont les angles sont retenus à l'extérieur, et on enfonce successivement des bourdonnets de charpie dans la cavité qu'elle forme. On soutient le tout au moyen d'un bandage en T, attaché à un bandage de corps. Il faut avoir le soin d'augmenter les bourdonnets à mesure que le col se dilate.

Le seigle ergoté a été vanté comme un moyen certain d'exciter les contractions de l'utérus, lorsque cet organe tombe dans l'inertie. Ne

pourrait-on pas avoir recours à ce médicament énergique, lorsque le col de la matrice est resserré au point de ne pouvoir livrer passage à la main qui cherche à pénétrer dans sa cavité pour faire la version de l'enfant?

Comme ce moyen paraît, d'après quelques accoucheurs, avoir eu tout le succès qu'on s'en promettait, des praticiens fort recommandables pensent qu'il ne faut point le rejeter. D'autres, au contraire, regardent ce médicament non-seulement comme inutile, mais encore comme fort dangereux. Nous croyons que, dans le cas rapporté ci-dessus, on peut le tenter, surtout lorsque l'hémorrhagie est assez abondante pour faire craindre un dénouement funeste. M. *Velpeau* a eu plusieurs fois recours, avec un plein succès, au seigle ergoté dans le cas d'inertie de la matrice; il le donne à la dose de vingt à trente grains dans un verre d'eau sucrée. Ce jeune et savant praticien fait remarquer dans ses leçons qu'il faut que ce médicament soit de bonne qualité pour qu'on en obtienne des résultats avantageux.

Le procédé des anciens, qui consistait à introduire la main de vive force dans la matrice, à dilater le col, à saisir les pieds de l'enfant, et à en faire l'extraction, nous paraît dangereux. Qui ne voit de prime-abord combien un pareil procédé entraîne à sa suite d'accidens fâcheux! En s'obstinant à vouloir terminer de suite l'accouchement, on irrite, on contond, on déchire, on enflamme le col de l'utérus, on peut rompre les connexions du vagin avec la matrice, etc.; en un mot, on occasionne les plus terribles accidens.

L'ingénieuse et douce méthode de *Puzos*, qui a été substituée à la pratique violente et forcée des anciens accoucheurs, est insuffisante, on doit le dire, lorsque le placenta est greffé sur le col de la matrice. En rompant la poche des eaux on peut modérer, arrêter l'hémorrhagie pour un temps plus ou moins long; mais elle reparaîtra aussitôt que les contractions utérines augmenteront le décollement du placenta.

On se demande quel parti il faut prendre lorsque le col de l'utérus

est fortement contracté, et qu'il n'est point assez dilaté ou assez dilatable pour permettre l'introduction de la main dans sa cavité.

Comme il y a impossibilité d'arriver dans la matrice, si les moyens déjà proposés ont complètement échoué, il faut attendre, quelle que soit l'abondance de la perte ; mais heureusement que dans ces sortes de pertes, l'ouverture est ordinairement molle et se laisse facilement traverser, ensorte que l'accoucheur n'est plus dans l'embarras dont nous venons de parler.

Alors le plus sûr moyen de sauver la mère et l'enfant, c'est d'opérer l'accouchement le plus tôt possible. Cette pratique est conseillée par les meilleurs accoucheurs ; dans ce cas, abandonner le travail aux seules forces de la nature, ce serait méconnaître les principes de l'art.

Malheureusement, on est appelé fort souvent lorsque la femme est presque mourante ; d'autres fois, le sang sort avec tant de violence que la femme y succombe promptement. Dans ces circonstances désespérantes, la version de l'enfant ayant été couronnée du succès, il est du devoir de l'accoucheur de mettre en usage le seul moyen qui lui reste pour sauver la malade.

Je sais bien que les gens du monde ne jugeant que par les résultats, si l'événement est malheureux, ce qui n'arrive que trop souvent, la réputation du médecin se trouve injustement compromise. Ces considérations ne doivent point arrêter le praticien ; car, comme le fait remarquer *Rigby*, tout ce qui est bon en soi ne dépend ni de l'opinion d'autrui, ni des conséquences que l'on peut en tirer.

Aussitôt que l'orifice utérin peut permettre l'introduction de la main, voici de quelle manière on doit agir : avec un ou deux doigts portés dans l'orifice, on cherche l'endroit du col où le placenta est le moins adhérent ; on le décolle avec soin pour permettre l'introduction de la main ; on rompt ensuite les membranes, et on va chercher les pieds de l'enfant. Si le placenta est adhérent de toutes parts, on le détache par un des bords. Dans les cas embarrassans et qui ne permettent pas de temporiser, quelques auteurs ont conseillé de perforer le placenta dans son milieu pour pénétrer dans l'utérus ; mais,

d'après *Baudelocque*, ce procédé est plus difficile et moins sûr que le précédent.

« On expose, dit cet auteur, presque toujours le délivre à un entier décollement : on déchire quelques-unes des principales racines « artérielles et veineuses du cordon ombilical ; et l'enfant étant obligé « de descendre à travers le placenta, ne manque pas de l'entraîner « avec ses épaules, ce qui augmente les difficultés en ajoutant le volume de cette masse à celui des épaules mêmes, et fait naître quelques incommodités de plus. »

Si lorsque l'accoucheur est appelé la tête de l'enfant était déjà parvenue dans l'excavation du bassin en poussant le placenta au-devant d'elle, c'est avec le forceps qu'il faudrait se hâter de terminer l'accouchement.

Des hémorrhagies utérines qui surviennent après l'accouchement.

Ces hémorrhagies peuvent avoir lieu avant ou après la sortie de l'arrière-faix. Dans tout accouchement, après la sortie de l'enfant, la nature fait une seconde opération, c'est celle d'expulser le placenta et ses membranes, c'est ce qu'on appelle la *délivrance*, qui est distinguée en *naturelle*, lorsqu'elle s'opère suivant les forces de la nature, et en *artificielle*, lorsqu'on est obligé de venir à son secours.

Dans tout accouchement, soit avant, soit après la délivrance, on doit être en garde contre l'hémorrhagie.

« La perte, dit *Mauriceau* (liv. 3 chap. 3) est l'accident le plus « dangereux de tous ceux qui peuvent arriver à la femme nouvellement accouchée, et qui la conduit si promptement au tombeau quand « le sang sort abondamment qu'on n'a pas souvent le temps d'y « pouvoir remédier. C'est pourquoi on se dépêchera au plus tôt en « cette occasion de faire les choses convenables. »

L'hémorrhagie qui se manifeste après l'accouchement est interne ou externe. La première a lieu lorsque le sang est retenu dans la cavité de l'utérus, soit par le placenta détaché et tombé sur l'orifice de cet organe, soit par un caillot volumineux que l'on trouve adhérent

aux parois du col utérin. Le placenta se détache-t-il dans son centre seulement, ses bords conservant leurs adhérences avec la matrice, la perte qui en résulte est interne. Cette espèce d'hémorrhagie peut encore avoir lieu si le col de l'utérus se contracte spasmodiquement, tandis que son fond et son corps, dilatés, servent de réceptacle au sang qui peut s'écouler au dehors.

Dans l'hémorrhagie externe le sang s'écoule au dehors : elle ne demande pas d'autres explications.

Il ne sera sans doute point inutile pour le traitement de ces hémorrhagies de les diviser en hémorrhagies *actives* et en *passives*.

Causes. Les causes sont prédisposantes ou occasionnelles : parmi les premières nous rangeons, 1°. la distension trop considérable de la matrice dans la grossesse, soit par une trop grande quantité d'eau, soit par la présence de plusieurs enfans ; 2°. l'hémorrhagie qui sera survenue dans le cours de la grossesse ; 3°. la longueur du travail ; 4°. la trop grande largeur du bassin de la femme ; 5°. une débilité naturelle de tous les systèmes, soit par des maladies antérieures ou actuelles, soit par de vives émotions de l'âme, etc., telles sont les causes qui disposent aux pertes après l'accouchement.

Parmi les causes occasionnelles nous plaçons, 1°. l'atonie ou l'inertie de l'utérus. On doit entendre par atonie ou inertie de l'utérus, cet état dans lequel la contractilité et l'élasticité de la matrice sont comme engourdies et n'agissent plus.

2°. La présence du placenta ou de tout autre corps resté dans la matrice après la sortie de l'enfant.

3°. Une irritation générale ou locale, un stimulus fixé sur la matrice, lorsque ce viscère a été contus ou déchiré par d'imprudentes manœuvres.

4°. L'excitation des organes digestifs, laquelle se répète sympathiquement sur l'utérus.

D'autres causes peuvent encore donner lieu aux pertes après l'accouchement, tels sont, le renversement de la matrice, la rupture de cet organe, etc., etc.

Diagnostic. Les signes qui annoncent une hémorrhagie externe sont toujours faciles à reconnaître, et on ne saurait la confondre avec le sang qui s'écoule ordinairement après l'expulsion du fœtus ou du placenta. Le sang s'écoule par la vulve en plus ou moins grande quantité ; ce sang est liquide et vermeil comme celui des artères, et coule d'une manière non interrompue ; les traits du visage de la malade s'altèrent, la face pâlit, la pupille se dilate, la vue s'obscurcit, des syncopes, des défaillances surviennent et terminent cette scène déplorable, si l'on ne se hâte d'agir promptement.

L'hémorrhagie interne est quelquefois si insidieuse que la femme ne s'aperçoit point de son état dans le premier moment ; elle éprouve un bien-être qui en impose, elle sent beaucoup de propension au sommeil, etc., etc.

Cette hémorrhagie se reconnaît en ce que l'on voit se développer les symptômes généraux des hémorrhagies sans que le sang s'écoule au dehors. La femme éprouve souvent un sentiment de pesanteur et de tension douloureuse dans la région de la matrice. On voit cet organe augmenter prodigieusement de volume ; l'utérus, qui avait sensiblement diminué, reprend en peu de temps un volume égal et quelquefois supérieur à celui qu'il avait auparavant. La main appliquée sur l'hypogastre immédiatement après l'expulsion du fœtus sent, au lieu d'un corps d'une forme arrondie qui diminue de volume à mesure qu'il durcit, un corps mollasse qui se distend et s'accroît avec célérité. Le visage pâlit et s'altère, la vue s'obscurcit, les oreilles tintent et bourdonnent, la respiration s'altère et devient laborieuse ; le pouls est petit, concentré, fréquent, inégal, souvent intermittent, quelquefois comme vermiculaire ; il survient des frissons, une sueur froide et visqueuse couvre la face et la poitrine ; les membres abdominaux et thoraciques se refroidissent ; il y a tremblement et extinction de la voix, des syncopes et des convulsions ne tardent pas à survenir, et présagent ordinairement une mort prochaine.

Assez souvent, avons-nous dit, les hémorrhagies qui surviennent après l'accouchement sont produites par une irritation générale ou locale.

On reconnaît facilement l'irritation générale aux signes suivans : le visage est coloré et comme bouffi ; les yeux sont larmoyans et rouges ; le pouls est plein, vif et serré, les carotides battent avec force ; la respiration est grande et un peu précipitée, la chaleur générale du corps augmentée; il survient une céphalalgie assez vive, un sentiment de pesanteur dans les lombes, des fourmillemens dans les membres ; le sang est épais, vermeil et très-concrescible.

L'irritation locale est annoncée par un sentiment de pesanteur et de douleur dans le petit bassin, d'engourdissement dans les aines et les cuisses, et de picotemens dans les mamelles.

Prognostic. Le prognostic doit varier suivant que la perte est interne ou externe. L'hémorrhagie interne est toujours plus grave que l'externe, parce que la première est souvent au-dessus des ressources de l'art lorsqu'on la reconnaît. Le prognostic variera aussi suivant que la métrorrhagie sera active ou passive. L'hémorrhagie la plus alarmante est celle qui tient à l'inertie utérine, soit que le sang s'accumule dans la cavité de la matrice, soit qu'il ruisselle avec sa fluidité ordinaire, ou qu'il s'échappe en caillots plus ou moins volumineux. L'hémorrhagie utérine est d'autant plus dangereuse que la femme est plus affaiblie par des pertes antérieures, et qu'il s'est écoulé une plus grande quantité de sang dans un temps déterminé, etc., etc.

Traitement. Le traitement doit varier suivant les causes qui ont donné lieu à la métrorrhagie.

Lorsque celle-ci dépend d'une irritation générale ou locale, on combat la pléthore générale par la saignée, le repos du physique et du moral; par des pédiluves sinapisés, des lavemens émolliens, et des boissons délayantes et rafraîchissantes, telles que la limonade et l'eau à la glace ; par l'exposition à l'air frais et souvent renouvelé, et par la situation horizontale sur du crin ou de la paille.

On calme la pléthore locale par l'application de sangsues à la région lombaire et à la vulve, par des cataplasmes émolliens sur l'hypogastre; et si la perte persiste, par des frictions irritantes et des ré-

vulsifs, tels que les vésicatoires et les ventouses sèches appliquées aux environs du sein.

Hippocrate recommandait de grandes ventouses au-dessous du sein pour combattre les pertes utérines. « *Mulieri si velis menstruas sistere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone.* » Ce moyen, peu usité, peut cependant être employé avec succès dans ce cas comme dérivatif et révulsif.

M. *Velpeau* a retiré les plus grands avantages d'un large sinapisme appliqué entre les épaules, lorsque l'hémorrhagie utérine n'était point accompagnée d'une réaction générale; il regarde ce moyen comme un des révulsifs les plus puissans et les plus énergiques.

Si l'hémorrhagie est interne, l'accoucheur doit porter le doigt indicateur vers le col de la matrice, afin de reconnaître la cause qui bouche l'ouverture et s'oppose à l'écoulement du sang. S'agit-il d'une contraction spasmodique, il faut titiller le col utérin et faire quelques frictions sur l'hypogastre, de cette manière on parvient assez souvent à la dissiper. Si néanmoins la contraction spasmodique persévérait, M. *Capuron* recommande de forcer la digue plutôt que d'exposer la femme à périr d'une hémorrhagie interne. On a recours en outre à tous les moyens qui peuvent diminuer le spasme du col, et ranimer la contractilité du corps et du fond de l'utérus.

Lorsque l'orifice de la matrice se trouve obstrué par un caillot de sang, le premier soin de l'accoucheur est de l'extraire immédiatement, puisqu'il empêche la contraction de la matrice et entretient par conséquent l'hémorrhagie, en s'opposant à la déplétion successive de la matrice, où le sang s'accumule en plus ou moins grande quantité.

Nous croyons la délivrance indispensable, dans le cas de perte interne, toutes les fois que le placenta ou une portion de ce corps spongieux s'applique sur le col de l'utérus et en ferme l'ouverture; par là on favorise l'introduction de la main, et l'on peut injecter des liquides astringens qui resserrent les extrémités béantes des vaisseaux utérins, où est la véritable source du mal.

La métrorrhagie la plus redoutable est celle qui dépend de l'atonie de l'utérus, soit que le sang sorte à flots des bouches béantes des vaisseaux utérins, soit qu'il s'échappe en caillots plus ou moins volumineux. C'est alors que le médecin doit s'armer de courage, et conserver tout son sang-froid : en présence de semblables accidens quelques minutes de retard peuvent entraîner la mort ou sauver la vie à deux êtres également chers. C'est là qu'il importe de savoir choisir le remède et de l'appliquer à propos.

Faut-il solliciter les contractions de l'utérus, et le débarrasser en même temps du placenta et des caillots de sang qui entretiennent sa dilatation?

Si la matrice, en partie revenue sur elle-même et appliquée sur le placenta, est sans énergie pour le chasser au-dehors, il faut procéder à son extraction, puisqu'il est évident que c'est lui qui entretient la perte, en s'opposant au retour complet de la matrice sur elle-même.

« Il est des cas, sans doute, et on doit les distinguer soigneusement, « où l'accoucheur se voit forcé de délivrer la femme sur-le-champ; « d'autres où les circonstances exigent qu'il abandonne ce soin presque entièrement à la nature. » (*Baudelocque*, Art des accouchemens.)

Dans quelques circonstances, de légères tractions sur le cordon ombilical, aidées de frictions avec les mains sur le bas-ventre, ont suffi pour amener le placenta au dehors. Il faut avoir le soin, en faisant ces tractions, de ne point opérer le renversement de la matrice. Dans le cas où le placenta serait encore adhérent aux parois de la matrice, *Mauriceau*, et depuis lui tous les accoucheurs, donnent pour conseil de porter la main dans l'utérus, d'introduire les doigts par où le placenta a commencé sa séparation, et continuer insensiblement cette opération jusqu'à son entier décollement. Il faut agir avec lenteur et avec le plus de douceur possible, dans la crainte de trop enflammer l'utérus, et de produire une foule d'accidens.

Si la matrice très-distendue est frappée d'une atonie qui en suspende la contractilité, l'indication la plus urgente est de réveiller les contractions de cet organe.

Quels sont donc les moyens à employer pour dissiper le plus promptement possible l'inertie de la matrice? Les voici :

Faire des frictions sur la paroi antérieure de l'abdomen, appliquer des linges trempés dans l'eau, le vinaigre, l'oxycrat et les différentes solutions salines ; appliquer même de la glace sur la région lombaire, sur l'hypogastre, sur la vulve et la partie supérieure des cuisses. On a recommandé des injections astringentes et autres stimulans portés dans la cavité de l'utérus. *Pasta* conseille d'injecter dans la matrice de l'huile de térébenthine, et beaucoup d'autres caustiques dans les cas extrêmes. Qui ne sent les dangers qui doivent accompagner de pareilles injections? Les accidens dont ils seraient suivis, dit M. *Desormeaux*, seraient aussi terribles que l'hémorrhagie elle-même.

Parlerai-je de l'emploi du tampon, tant recommandé par M. *Leroux* dans les hémorrhagies qui succèdent à l'accouchement; les meilleurs accoucheurs rejettent ce moyen comme devant transformer une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne.

Baudelocque, et MM. *Capuron* et *Velpeau*, etc., s'élèvent fortement contre l'emploi du tampon en pareille circontance, et nous partageons entièrement leur opinion à cet égard.

M. *Tréhan* nous dit : « Sans mettre en usage des remèdes qui peu-
« vent donner la mort, il sera toujours facile maintenant d'arrêter
« à l'instant même les pertes les plus graves par une méthode simple,
« exempte de tout danger, la compression de l'aorte. »

MM. *Capuron* et *Velpeau* ne répugneraient point à employer ce procédé si le cas se présentait.

Si l'on y a recours, la ligne blanche, dans la région ombilicale, est le lieu où l'on doit exercer la compression. L'accoucheur, placé au côté gauche de la femme, et tenant les quatre derniers doigts de la main droite rangés sur une même ligne, déprime graduellement les parois abdominales jusqu'à ce qu'il trouve les battemens de l'aorte, et dès qu'il en sent les pulsations d'une manière bien distincte, il comprime ce vaisseau sur les vertèbres lombaires. Il doit procéder avec lenteur, afin d'épargner des douleurs à l'accouchée.

L'artère doit être maintenue comprimée pendant six à sept minutes, suivant M. *Tréhan ;* cet intervalle est suffisant pour arrêter la perte sans retour, en donnant à l'utérus le temps de revenir sur lui-même. En attendant que les meilleurs praticiens aient prononcé définitivement sur les avantages, la nocuité ou l'inutilité de ce moyen, il est raisonnable de continuer à l'expérimenter.

M. *Velpeau* prétend que le mécanisme de la délivrance n'a pas été bien compris, et il émet l'opinion suivante : « C'est mal à propos, dit-il, qu'on attribue la métrorrhagie à ce que la matrice ne se rétractant point, le sang doit s'écouler par de prétendues ouvertures qui restent béantes à la surface interne de cet organe; mais, ajoute-t-il, n'est-elle pas plutôt due, d'une part, à ce que les vaisseaux hypogastriques ayant cessé brusquement d'être comprimés, le sang s'y précipite avec force ; de l'autre, à ce que le fluide doit s'accumuler en quelque sorte mécaniquement dans les vaisseaux utérins, qui n'étant plus soutenus, le versent dans le vide que l'œuf occupait quelques instans auparavant ; ou bien encore à ce que, dans ces circonstances, il se trouve dans la cavité utérine même une cause irritante quelconque.

Dans cette hypothèse, il faudrait appliquer promptement un bandage un peu serré sur le ventre, et faire placer la femme la tête très-basse aussitôt après l'accouchement.

En résumé, le meilleur et le plus puissant moyen de déterminer la contraction de l'utérus et la cessation de l'hémorrhagie consiste à introduire la main dans la cavité de la matrice pour en titiller et en agacer la surface. On ne doit la retirer que lorsque la matrice, par sa contraction, la chasse avec les caillots et les portions du délivre qu'elle entraîne au-devant d'elle.

On peut porter, en outre, dans la matrice, un citron dépouillé de son écorce, et en exprimer le suc contre les parois, afin d'exciter cet organe à se contracter plus énergiquement. Comme ce procédé, imaginé par M. *Évrat*, semble avoir été couronné du succès, et qu'il est sans danger, rien ne s'oppose à son usage.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6. (Lorry.)

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8. (Lorry.)

III.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

V.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

VI.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 3.